

no 132

8x 3.

TACIANA IGNÁCIO

**PREMATURIDADE:
ASPECTOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina

FLORIANÓPOLIS

1998

TACIANA IGNÁCIO

**PREMATURIDADE:
ASPECTOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS**

Trabalho apresentado à
Universidade Federal de Santa
Catarina, para a conclusão do Curso
de Graduação em Medicina

Presidente do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina: Dr. Edson José Cardoso
Orientadora: Dra Eliane Moura

FLORIANÓPOLIS

1998

Concedei-nos Senhor, a serenidade necessária para aceitar como são, as coisas que não podemos modificar; coragem para modificar aquelas que podemos, e sabedoria bastante para distinguir umas das outras.

A.L.B.

AGRADECIMENTOS

A Deus por cada dia de minha vida.

Aos meus pais, João e Eloisa pelo amor e apoio irrestrito e incondicional.

À minha avó Cecília pelo carinho e apoio.

Aos meus irmãos Eduardo, Glauber e Fernando pela existência e alegria.

À Dra Eliane Moura, pela dedicação, orientação e amizade.

ÍNDICE

Introdução.....	01
Objetivos.....	03
Método.....	04
Resultados.....	06
Discussão.....	15
Conclusão.....	23
Referências.....	24
Resumo	
Summary	
Apêndice	
Normas adotadas	

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade é uma entidade considerada como a principal causa de mortalidade perinatal (entre 50 e 70%), incidindo em 10% de todas as gestações^{1,2,3,4,5}. Nos países desenvolvidos situa-se entre 6 e 8%, na América Latina varia de 10 a 43% e no Brasil está em torno de 11%^{1,3,4,6,7}.

Considera-se nascimento pré-termo como sendo aquele que ocorre antes de 37 semanas completas de gestação ou 259 dias desde o primeiro dia da última menstruação, sendo considerado como prematuridade extrema, quando ocorre entre 20 e 27 semanas de gestação; moderada, entre 28 e 31 semanas e leve, entre 32 e 36 semanas^{4,8,9}.

As entidades mais frequentemente envolvidas na etiologia da prematuridade são amniorrexe prematura e trabalho de parto prematuro, sendo associada ou não à infecção clínica ou subclínica do trato genito-urinário^{1,4,10}. A prematuridade pode ter caráter eletivo, por indicação materna, como nos seguintes casos: pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, corioamnionite e hemorragia no terceiro trimestre; e/ou por indicação fetal: retardo do crescimento intra-uterino e malformações fetais de correção cirúrgica após o nascimento^{1,7,11,12}.

Há várias outras condições correlacionadas direta ou indiretamente com a prematuridade, como: fatores sócio-econômico desfavoráveis, ser solteira, desnutrição materna, fator étnico, pequena altura e baixo peso maternos, precária assistência pré-natal, falta de planejamento familiar, pequeno intervalo interpartal, gestação nos extremos da idade reprodutiva, primiparidade, gemelaridade, trabalho braçal extenuante, tabagismo, alcoolismo, uso de drogas (opíáceos e cocaína) e presença de complicações gestacionais^{1,3,4,7,8,9}.

As vias de parto na prematuridade correlacionam-se com a idade gestacional e segundo Bertini e Taborda a via abdominal é preferida em prematuros extremos ¹³. Quando a idade gestacional for maior que 28 semanas, feto em apresentação cefálica e na ausência de outras indicações de cesárea opta-se pela via vaginal ^{13,14}.

Em decorrência das complicações fetais determinadas pela prematuridade e alto custo para o sistema de saúde, cada vez busca-se mais a determinação dos fatores envolvidos na etiologia e maneiras de melhorar a assistência pré-natal. O objetivo desse trabalho foi avaliar a situação atual em nossa Maternidade.

2. OBJETIVOS

Observar a incidência de prematuros no período de 1^o de janeiro de 1996 a 30 de junho de 1997.

Determinar os principais fatores correlacionados com a etiologia da prematuridade, principal via de parto e suas indicações.

Determinar as principais complicações perinatais e correlacionar com idade gestacional e uso ou não de corticoterapia materna.

Correlacionar os dados com a literatura e sugerir propostas que visem a redução da incidência da prematuridade.

3. MÉTODO

Realizou-se um estudo retrospectivo clínico e transversal.

A população em estudo é composta por mães e recém-nascidos prematuros atendidos na Maternidade do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago.

As pacientes foram selecionadas a partir do livro de registros da sala de parto do Centro Obstétrico do Hospital Universitário, com base no Capurro e peso inferior a 2500 gramas, sendo posteriormente analisados individualmente no Serviço de Arquivo Médico. Estes perfizeram 196 prontuários, dos quais 161 foram selecionados baseando-se nos dados exigidos pelo protocolo (apêndice).

Foram considerados prematuros os recém-nascidos com idade gestacional maior que 22 e menor que 37 semanas pelo Método de Capurro.

Considerou-se prematuridade extrema como sendo os recém-nascidos com idade gestacional entre 20 e 27 semanas, moderada entre 28 e 31 semanas, e leve entre 32 e 36 semanas.

Em relação ao peso, os prematuros foram classificados em extremo baixo peso, aqueles com 1000 gramas ou menos; muito baixo peso, menos ou igual a 1500 gramas e baixo peso aqueles menores que 2500 gramas.

Na avaliação da vitalidade fetal do recém-nascido considerou-se sofrimento fetal quando o Apgar foi menor que 7 no 5º minuto.

Cada prematuro apresentou nenhuma, uma ou mais de uma complicação e a avaliação da sua incidência foi feita isoladamente.

Foram consideradas como complicações: Doença da Membrana Hialina (DMH), Hipertensão Intraventricular, Enterocolite Necrotizante, sespe, anóxia neonatal, desconforto respiratório, icterícia, hipoglicemia, infecção, persistência

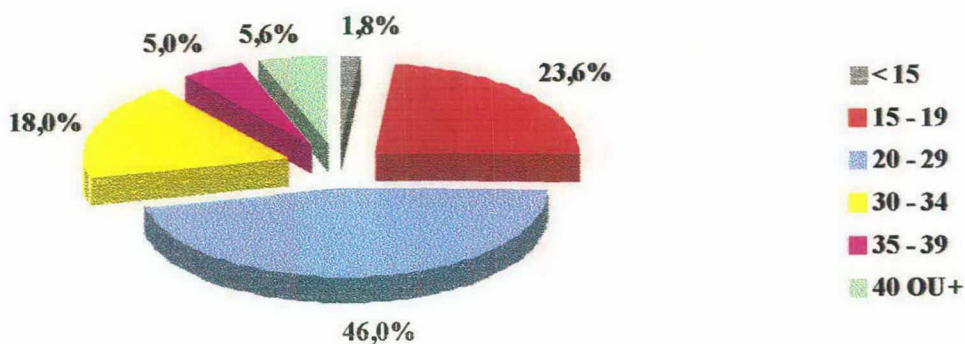
do canal arterial, Síndrome do desconforto respiratório (SDR), óbito e outras como broncopneumonia, pneumotórax, anemia, sopros, eritema tóxico, bradicardia, cardiopatias congênitas, choque hipovolêmico, cefalohematoma, hipocalcemia, hipomagnesemia, bossa serossanguínea, monilíase, insuficiência cardíaca congestiva, meningite, convulsões, refluxo gastro-esofágico, bronquiolite, retinopatia, hemorragia digestiva alta, hérnia inguinal, infecções como pelo vírus da imunodeficiência humana adquirida e Síndrome de Down.

Foram excluídos da amostra os partos ocorridos fora do Hospital Universitário, as gestações gemelares, os recém-nascidos que apresentavam discordância da idade gestacional entre o Método de Capurro e data da última menstruação e ultra-sonografia obstétrica do primeiro e/ou segundo trimestre, e os recém-nascidos com peso inferior a 2500 gramas e idade gestacional maior ou igual a 37 semanas.

4. RESULTADOS

A incidência da prematuridade no serviço no período relacionado foi de 7%. Dentre as 161 pacientes, observou-se maior porcentagem de prematuridade entre 20 e 29 anos considerando-se a faixa etária reprodutiva.

IDADE MATERNA EM ANOS DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

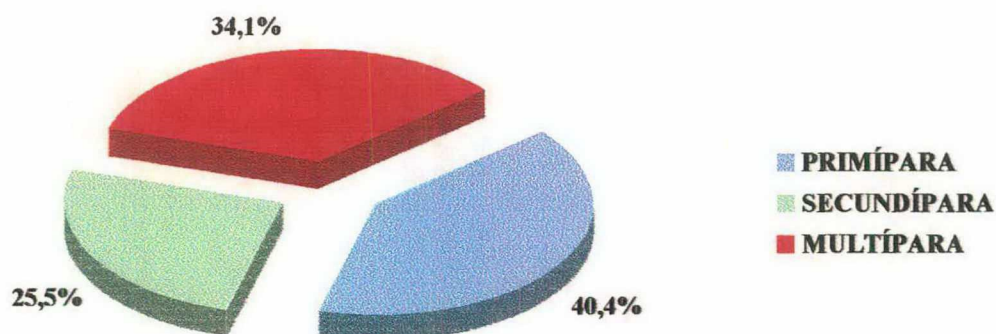


Fonte: Maternidade HU

Figura I - Idade materna em anos de recém-nascidos prematuros

Observou-se que 96,3% das mães eram brancas e 3,7% eram negras, não podendo correlacionar-se com a etiologia da prematuridade. Obteve-se 25,5% de mães fumantes e 74,5% de não fumantes. Quanto a paridade, observa-se maior incidência em primíparas com 40,4 %. Nas pacientes avaliadas, 79,5% eram casadas ou apresentavam união estável e 20,5% eram solteiras.

PARIDADE DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS



Fonte: Maternidade HU

Figura II - Paridade de mães de recém-nascidos prematuros

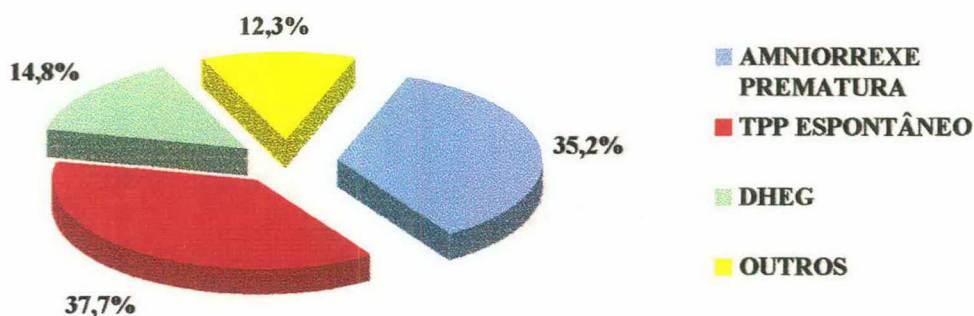
Avaliou-se a assistência pré-natal que as mães dos recém-nascidos prematuros receberam, e observou-se que 42,9% das mães realizou mais de quatro consultas pré-natais, 57,1% não realizou pré-natal ou realizou quatro ou menos consultas. A tabela I mostra a distribuição conforme a idade gestacional.

Tabela I - Idade gestacional e consultas pré-natal

Idade gestacional	Número de consultas	
	Não fez ou ≤ 4	> 4
< 28	02	04
28 30	02	04
30 32	11	09
32 34	15	16
34 37	62	36
Total	92	69

Fonte: Maternidade HU

ETIOLOGIA DA PREMATURIDADE CONFORME DIAGNÓSTICO DA INTERNAÇÃO



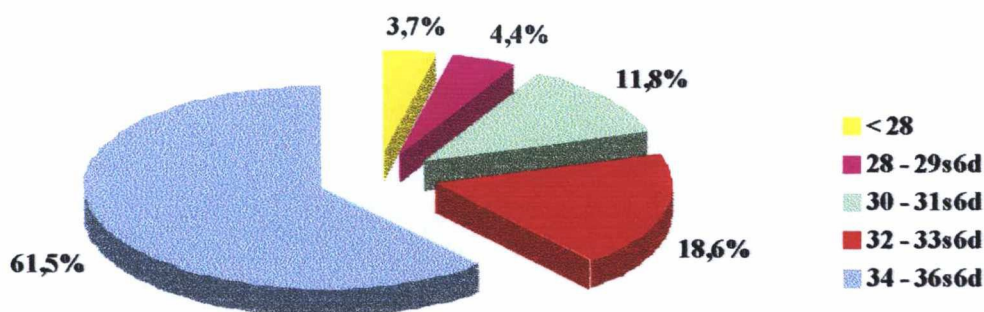
Fonte: Maternidade HU

Figura III - Etiologia da prematuridade conforme diagnóstico da internação

Na amostra avaliada, o trabalho de parto prematuro espontâneo e a amniorrexe prematura causaram a maioria da prematuridade (72,9%).

A figura IV mostra maior percentagem de prematuridade na faixa de 34 e 36 semanas e 6 dias, com 61,5%, e menor percentagem, 3,7% em idade gestacional menor que 28 semanas.

IDADE GESTACIONAL PELO CAPURRO DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS



Fonte: Maternidade HU

Figura IV - Idade gestacional pelo Capurro dos recém-nascidos prematuros

As vias de parto na prematuridade praticamente se equivalem: 49,8% via baixa e 50,2% via alta. Entre a idade gestacional de 30 e 31 semanas e 6 dias observou-se o dobro de cesáreas em relação a via vaginal.

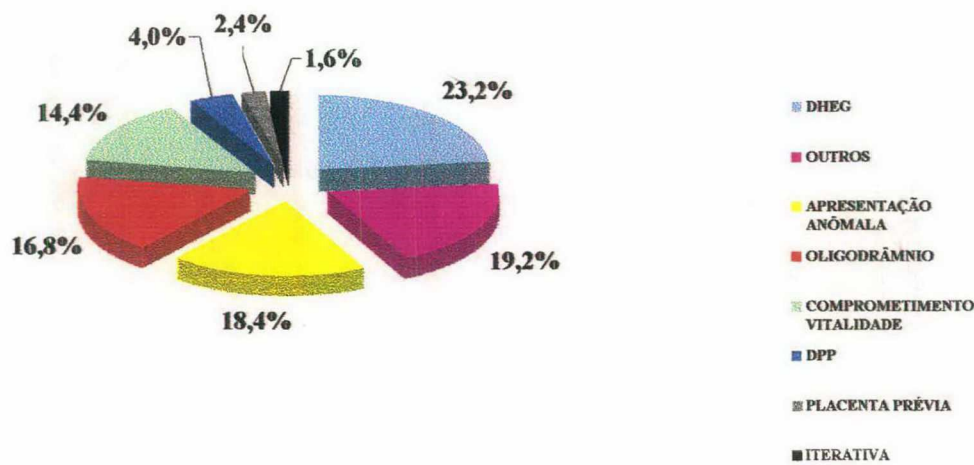
Tabela II - Idade gestacional em relação ao e tipo de parto

Idade gestacional	Vaginal		Cesárea	
	n ^o	%	n ^o	%
< 28	03	3,8	03	3,8
28 30	05	6,2	02	2,5
30 32	06	7,5	12	14,8
32 34	15	18,7	16	19,7
34 37	51	63,8	48	59,2
Total	80	100,0	81	100,0

Fonte: Maternidade HU

A Hipertensão arterial crônica na gestação isolada e/ou superajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG) foi a maior indicação de cesárea com 23,2%, seguida das apresentações anômalas com 18,4%.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES DE CESÁREA



Fonte: Maternidade HU
Figura V - Principais indicações de cesárea

O sofrimento fetal agudo teve incidência maior nos trabalhos de parto prematuros (TPP) espontâneos (58,0%), seguido por Amniorrexe prematura (19,2%) e pelas Doenças Hipertensivas Específicas da Gravidez (DHEG) com 16,1%.

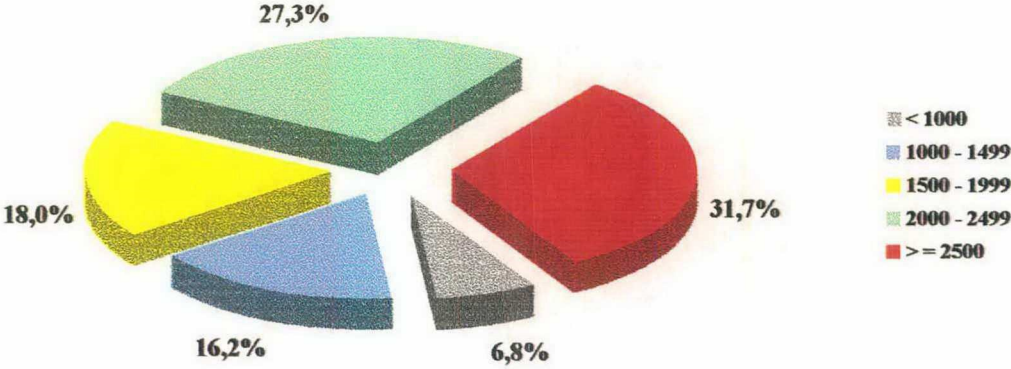
Tabela III - Sofrimento fetal agudo de acordo com a etiologia da prematuridade

Etiologia	Apgar no 5º min			
	≥ 7	%	< 7	%
Trabalho de parto prematuro espontâneo	41	31,5	18	58,0
Amniorrexe prematura	49	37,7	06	19,2
Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia (DHEG)	23	17,7	05	16,1
Descolamento prematuro de placenta	01	0,8	02	6,7
Outros	16	12,3	00	0,0
Total	130	100,0	31	100,0

Fonte: Maternidade HU

Em relação ao peso dos recém-nascidos ao nascimento observou-se que a maior percentagem, 31,7% não apresentou baixo peso e 45,3% apresentou baixo peso, enquanto apenas 6,8% tinha extremo baixo peso.

**PESO EM GRAMAS DOS RECÉM-NASCIDOS
PREMATUROS**



Fonte: Maternidade HU

Figura VI - Peso em gramas dos recém-nascidos prematuros

O tempo de internação dos recém-nascidos variou de 2 a 99 dias, sendo a maioria menor de 14 dias, que correspondeu a idade gestacional entre 34 a 37 semanas e 02 casos extremos que permaneceram mais de 90 dias e apresentaram idade gestacional inferior a 30 semanas.

Tabela IV - Tempo de internação em dias conforme a idade gestacional

Idade gestacional em semanas	Tempo de internação				
	< 5	5 14	15 24	25 34	> 35
< 28	04	01	00	00	01
28 30	01	00	00	01	04
30 32	01	01	03	04	10
32 34	02	07	06	07	04
34 37	44	44	08	04	04
Total	52	53	17	16	23

Fonte: Maternidade HU

Dentre os recém-nascidos abaixo de 28 semanas obteve-se maior incidência de anóxia neonatal e óbitos ocorrendo praticamente em todos os recém-nascidos de mães que não utilizaram a corticoterapia. Entre 28 e 34 semanas observou-se incidência três vezes maior de desconforto respiratório e nove vezes maior de Doença da Membrana Hialina em mães não usuárias de corticoterapia. E outras complicações mais freqüentes sem relação direta com uso do corticóide foram icterícia, anóxia neonatal e hipoglicemia. Nos recém-nascidos acima de 34 semanas, observou-se 3 casos de Doença de Membrana Hialina em mães que não utilizaram corticoterapia e dentre as complicações gerais da prematuridade a icterícia e a hipoglicemia foram as mais freqüentes, seguidas pelo desconforto respiratório, que foi dezoito vezes mais freqüente em mães que não utilizaram corticóide. Observou-se 13 óbitos, 84,6% ocorreram abaixo de 34 semanas. Em 92,3% dos óbitos as mães não utilizaram corticoterapia.

Tabela V - Complicações perinatais (nº absoluto) de acordo com a idade gestacional ao nascimento em relação ao uso de corticoterapia materna antenatal

Complicações	Idade gestacional em semanas					
	< 28		28 34		> 34	
	*sim	**não	sim	não	sim	não
Icterícia	01	01	15	23	03	49
Hipoglicemia	00	01	04	12	04	25
Outras	01	04	12	24	01	27
Desconforto respiratório	00	01	07	23	01	19
Anóxia neonatal	01	04	07	19	00	13
Infecção	00	00	05	08	03	13
Doença da membrana hialina	01	02	01	09	00	03
Persistência canal arterial	00	00	03	05	00	02
Óbito	00	05	01	05	00	02
Sepsis	01	00	01	04	00	02
Hemorragia intraventricular	00	00	00	00	00	00
Enterocolite necrotizante	00	00	00	00	00	00
Síndr. angústia respiratória	00	00	00	00	00	00

Fonte: Maternidade HU

* Uso de corticoterapia materna antenatal.

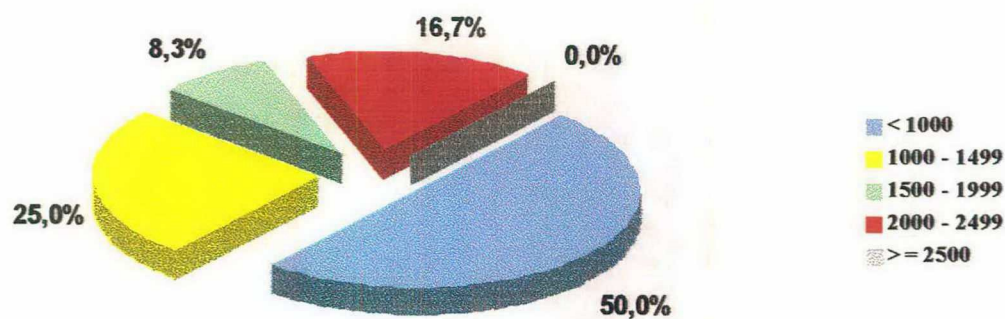
** Não uso de corticoterapia materna antenatal.

Observou-se que 31,7% dos recém-nascidos apresentou desconforto respiratório, 27,3% anóxia neonatal e 9,9% doença da membrana hialina.

Dentre as complicações gerais relacionadas com a prematuridade: 57,1% apresentou icterícia, 28,6% hipoglicemia, 27,3% anóxia neonatal, 18,0% infecção, 5,0% sepse e 8,0% óbito.

Os recém-nascidos de extremo baixo peso e baixo peso perfizeram 75% dos óbitos, 50% apresentavam peso inferior a 1000 gramas, enquanto que não houve nenhum óbito dentre aqueles com peso superior a 2500 gramas.

PESO EM GRAMAS DOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS QUE FORAM A ÓBITO



Fonte: Maternidade HU

Figura VII - Peso em gramas dos recém-nascidos prematuros que foram a óbito

5. DISCUSSÃO

Observou-se a incidência da prematuridade em alguns trabalhos e obteve-se 10% de todas as gestações ^{1,2,3,4,5}. Nos países desenvolvidos situa-se entre 6 e 8%, na América Latina varia de 10 a 43% e no Brasil está em torno de 11% ^{1,3,4,6,7}. Em São Paulo na Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha (1994) foi de 14,04% ⁸. No presente estudo, obteve-se incidência de 7%, coincidindo com os dados dos países desenvolvidos.

Dentro da prematuridade, Lumley⁹ observou prematuridade moderada a leve em 90% dos casos e extrema prematuridade em apenas 10% dos recém-nascidos. Na amostra avaliada também observou-se maior incidência de prematuridade leve a moderada, com 96,3% e apenas 3,7% de prematuridade extrema.

O parto prematuro é mais freqüente na adolescente e o risco varia conforme condições sócio-econômicas, tipo de assistência pré-natal e presença de complicações neonatais ⁴.

Segundo Sass et al. a incidência global é de 34,2% em mães com menos de 20 anos. Na faixa etária de 20 a 29 anos registrou 45,3%, sendo esta a faixa etária de maior incidência ⁸.

No presente estudo observou-se que quase a metade das mães enquadravam-se na faixa etária entre 20 e 29 anos (46%) considerando-se a faixa etária reprodutiva, e em segundo lugar entre 15 e 19 anos (23,6%) sendo compatível com os dados da literatura.

Em estudos brasileiros observa-se maior prematuridade nas primíparas, tendo Sass et al. observado 45,6% entre elas ^{4,8}.

Na amostra avaliada, obteve-se 40,4% entre primíparas e 25,5% em secundíparas.

A prematuridade parece estar associada a situações de estresse e baixo nível sócio-econômico ⁹. Não foi possível correlacionar este dado por ser este um trabalho retrospectivo e não constar nos prontuários estas informações.

A associação do estado civil com a prematuridade é diferente nas várias faixas etárias. Para mulheres abaixo de 25 anos parece ser importante ser casada, viver com um parceiro ou ser solteira. Contudo, o estado civil é um critério pobre para medir fatores sociais mais complexos ⁹. Nas pacientes avaliadas a maior porcentagem eram casadas ou apresentavam união estável (79,5%) e apenas 20,5% eram solteiras.

Pacientes que iniciaram pré-natal com baixo peso apresentam maiores riscos de prematuridade e sofrimento fetal ^{4,15,16}. Esse dado é de difícil avaliação pois a maioria das pacientes não realizou pré-natal.

Quanto à cor da pele, segundo a literatura, em negros o risco de prematuridade é maior que em brancos ^{4,9}. Nesta casuística a grande maioria era composta de pacientes da raça branca não podendo ser avaliado este dado dentro dos fatores de risco.

A assistência pré-natal deve iniciar-se precocemente, visto que existe forte associação entre nascimento prematuro e a não realização ou início tardio do pré-natal, principalmente nas gestações de alto risco, onde deveria ter intervalo de 7 a 10 dias ⁴.

O menor intervalo entre as consultas, principalmente nas gestantes de alto risco pode detectar precocemente fatores de risco para trabalho de parto prematuro como encurtamento e dilatação da cérvix ⁴.

Nesta casuística observou-se que 57,1% não realizou ou realizou quatro ou menos consultas pré-natais. Dentre aqueles recém-nascidos que eram pequenos para a idade gestacional 70,6% (12) das mães não realizou pré-natal.

O tabagismo exerce influência negativa no peso do recém-nascido e na sua qualidade de vida futura e é dependente do tempo e intensidade do fumo ⁴. Segundo Main (1988) 13 a 20% dos partos prematuros são atribuídos ao tabagismo, sendo que há um excesso de nascimentos pré-termo entre 24 e 34 semanas em mães fumantes ^{5,9}. Segundo Lumley ⁹, o risco vai de 4% nos USA até 15% na Austrália.

Segundo Bardy et al., o hábito materno de fumar está associado com altas taxas de complicações da gravidez como placenta prévia, amniorrexe prematura, redução do peso ao nascer e aumento da mortalidade perinatal. O tabaco contém nicotina e cotinina e ambas cruzam a placenta levando a concentrações fetais altas ¹⁷ e além disto, o cigarro eleva a concentração do fator ativador de plaquetas (PAF) na decídua que aumenta a contração miometrial. A cocaína também aumenta a contratilidade uterina e o risco em quatro a cinco vezes de descolamento prematuro da placenta ⁵.

A incidência de mães fumantes na amostra foi de 25,5%, mas não é possível considerá-la como etiologia isolada da prematuridade nestas pacientes, sendo considerada uma incidência alta em relação aos dados da literatura. Entre as fumantes, 15,9% tiveram recém-nascidos pequenos para idade gestacional o que comprova o efeito do fumo sobre a redução do peso ao nascimento. Em relação ao fumo, dentre as fumantes 6 (15,9%) tiveram recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, 30 (78,9%) eram adequados para a idade gestacional e 2 (5,2%) eram grandes para a idade gestacional.

Segundo Rezende et al. ⁴, a etiologia da prematuridade é distribuída como segue: 41% trabalho de parto prematuro espontâneo, 37,7% amniorrexe

prematura, 13,3% hipertensão arterial, 4,6% descolamento prematuro da placenta e outras causas 3,4%.

Sass et al.⁸ referem a amniorrexe prematura como a principal causa de prematuridade¹, com incidência de 28,6%⁷. Outros autores encontraram amniorrexe prematura como etiologia da prematuridade em mais de 50% dos casos¹⁰. Na Maternidade Amparo Maternal em São Paulo a incidência de amniorrexe prematura foi de 39% nos recém-nascidos com menos de 2500 gramas e na literatura internacional é de até 40%².

Segundo a Conferência de Consenso do Instituto Nacional de Saúde de 1995 sobre Corticosteróides para Maturação Fetal, foram apresentadas como principais etiologias da prematuridade o trabalho de parto espontâneo com 30 a 50%, amniorrexe prematura com 20 a 50%, pré-eclâmpsia com 10 a 25% e outras etiologias com 10%⁶.

Na amostra avaliada as etiologias encontradas são compatíveis com os achados da literatura. O trabalho de parto prematuro espontâneo teve maior incidência com 37,7%, seguido da amniorrexe prematura com 35,2%, a doença Hipertensiva específica da gravidez (DHEG) com 14,8%, e as demais etiologias contribuindo com 12,3%.

As infecções genito-urinárias parecem estar correlacionadas com o trabalho de parto prematuro espontâneo e amniorrexe prematura⁴. Segundo Goepfert & Goldenberg (1996) as infecções materno-fetais contribuem com 25% das etiologias. A vaginose bacteriana está presente em 10 a 40% das grávidas e há um aumento nas taxas de prematuridade espontânea nestas pacientes^{4,9,18}.

Não foi possível confrontar estes dados com a literatura pois nem todas as pacientes foram submetidas a exames para detecção de infecção materno-fetal.

Os corticosteróides antenatais são administrados com o propósito de acelerar a maturação dos órgãos e tecidos dos fetos prematuros, reduzindo a

morbidade e mortalidade relacionadas com a prematuridade, beneficiando ambos os sexos e raça ^{6,12,19}.

A importância do corticóide está em que diminui a frequência de Síndrome do desconforto respiratório (SDR) em aproximadamente 50%, previne a doença da membrana hialina (DMH) e enterocolite necrotizante, reduz para 10% ²⁰ a hipertensão intra-ventricular e possibilita menor permanência hospitalar ^{6,12,14,19,20,21,22}. Crowley et al.¹² relataram redução na incidência de hiperbilirrubinemia neonatal e icterícia associada. Não existem efeitos relatados na incidência de persistência do canal arterial e displasia broncopulmonar ¹². Entre 24 e 28 semanas, os corticóides não diminuem a incidência de SDR, reduzindo apenas sua gravidade ^{6,12}. O uso da corticoterapia antenatal reduz o custo médio do tratamento pós-natal em 10% por recém-nascido ¹².

Vários autores recomendam a utilização da corticoterapia em todas as mães de prematuros entre 24 e 34 semanas com risco de parto pretermo e na ausência de corioamnionite ^{3,4,6,19,20,23}, exceto se houver evidências de que os corticosteróides terão efeito adverso sobre a mãe ou se o parto for iminente ⁶. No Hospital São Paulo/Escola Paulista de Medicina utiliza-se corticoterapia entre idade gestacional de 28 a 32 semanas ²⁴.

Os corticosteróides possuem ação transitória, de 24 horas a 7 dias. A betametasona, a droga de escolha, é utilizada na dose de 12mg intramuscular por dois dias consecutivos, e repetindo de 7 em 7 dias até 34 semanas ^{3,4,6,12,19,21,23}. Segundo a Conferência Americana de Consenso sobre Corticosteróides para Maturação Fetal o tratamento com menos de 24 horas de duração também melhora os resultados perinatais, reduzindo a incidência de SDR em aproximadamente 5% ⁶.

Apesar de evidentes os benefícios fetais com o uso de corticoterapia, o uso prolongado da mesma pode levar a alguns efeitos materno-fetais adversos:

quadros cushingóides, infecções maternas e fetais, resistência à insulina e edema agudo de pulmão ^{3,6,7,11,12,20,24}. Na amostra avaliada, observou-se redução significativa na morbi-letalidade fetal em recém-nascidos de mães que usaram corticoterapia.

Segundo Bertini e Taborda ^{3,21} a Síndrome do desconforto respiratório persiste como a principal causa primária de mortalidade neonatal em prematuros, sendo a imaturidade pulmonar e o risco de infecção determinantes da capacidade de sobrevivência do recém-nascido ^{2,3,21,25,26}.

Segundo Maher et al.²², a incidência da Síndrome do desconforto respiratório, em recém-nascidos com menos de 31 semanas foi de 64,8%, 20,4% hemorragia intraventricular, 11,8% enterocolite necrotizante e 16,9% de sepse. Segundo Taborda et al.², 5% dos recém-nascidos tiveram Síndrome do desconforto respiratório, 6,9% sepse neonatal e em casos de corioamnionite confirmada a incidência de infecção neonatal foi de 10%.

Já Gardner et al.²⁰ estimaram a incidência de sepse em 5% e hemorragia intraventricular em 13%.

Na amostra avaliada, dentre as complicações relacionadas com o uso ou não de corticoterapia antenatal observou-se: 31,7% de desconforto respiratório, 27,3% de anóxia neonatal e 9,9% de Doença da membrana hialina. Não foi observado nenhum caso de hemorragia intraventricular, enterocolite necrotizante ou Síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido. Dentre as complicações gerais relacionadas com a prematuridade: 57,1% apresentou icterícia, 28,6% hipoglicemia, 27,3% anóxia neonatal, 18,0% infecção, 5,0% sepse e 8,0% de óbito.

A mortalidade perinatal entre 24 e 34 semanas de idade gestacional é muito alta ². Taborda et al.² referem no geral 6,9% de óbitos neonatais e 80,4% dos recém-nascido que foram a óbito pesaram menos de 2000 gramas.

Maier et al.²² relatam 14,4% de mortes neonatais. Segundo dados do Hospital São Paulo/Escola Paulista de Medicina em 1993 a mortalidade em recém-nascidos com peso menor que 1500 gramas foi de 47%, menor que 2500 gramas 21% e idade gestacional menor que 33 semanas de 40%¹⁴.

Na amostra avaliada, 11 óbitos (84,6%) ocorreram abaixo de 34 semanas e em 90,9% destes as mães não usaram corticoterapia antenatal, com índices duas vezes maiores que os observados na literatura. Em relação ao peso nos recém-nascidos que foram a óbito 75,0% pesavam menos de 1500 gramas e 25,0% menos de 2500 gramas, compatível com os achados da literatura.

Alguns fatores devem ser avaliados na escolha da via de parto como: idade gestacional, peso estimado, apresentação, condições do canal cervical, integridade ou não das membranas amnióticas, padrão das metrossístoles, atendimento obstétrico ao recém-nascido e as condições do berçário⁴.

Segundo Sass et al.⁸, 90,5% dos recém-nascidos com menos de 30 semanas nasceram via vaginal, 67,5% entre 30 e 33 semanas nasceram via abdominal e 61,2% acima de 33 semanas de cesárea. Segundo Bertini e Taborda¹³, a via abdominal é preferida em prematuros extremos e nas apresentações pélvicas quando o peso for menor que 1500 gramas ou a idade gestacional menor que 32 semanas^{4,6,13,14}. Quando a idade gestacional é maior que 28 semanas, o feto é cefálico e na ausência de outras indicações de cesárea opta-se pela via vaginal^{1,2,4,13}.

Nesta casuística não houve diferença significativa entre as vias de parto. Houve uma predominância de parto cesárea apenas entre 30 e 32 semanas com o dobro da incidência, possivelmente justificada pela desproporção céfalo-pélvica nesta idade gestacional.

Para Sass et al.⁸, a hipertensão arterial materna foi a principal causa de morbi-mortalidade perinatal e de indicação de cesárea (29,5%), seguida por apresentação anômala em 20%, e iterativa em 12,6% dos casos^{8,27}.

Nesta casuística a hipertensão arterial materna foi a principal indicação de cesárea com 23,2%, seguida da apresentação anômala com 18,4% e oligodramnia com 16,8%.

6. CONCLUSÃO

Na amostra a ausência de assistência pré-natal parece ser o principal fator correlacionado com a prematuridade.

A via de parto foi semelhante, tendo a Hipertensão arterial crônica isolada e/ou super ajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez a principal indicação de cesárea.

Houve maior incidência de complicações perinatais em recém-nascidos de mães não usuárias de corticoterapia.

O maior número de consultas e menor intervalo entre elas seria uma proposta para reduzir a incidência de prematuridade.

De acordo com os dados da literatura uma maior pesquisa de infecções no período pré-natal parece também contribuir para a redução dessa incidência.

7. REFERÊNCIAS

1. Bertini AM, Taborda W. Prematuridade Epidemiologia. Femina 1997;25(6):501-5.
2. Taborda W, Bertini AM, Souza E, Amed AM, Camano L. Rotura prematura pré-termo de membranas - morbidade materna em 46 casos submetidos à conduta expectante. Rev Bras Ginecol Obstet 1997;19(5):333-9.
3. Bertini AM, Taborda W. Prematuridade: estratégias preventivas. Femina 1997;25(9):841-52.
4. Corrêa MD. Parto Prematuro. In: Rezende J, editor. Obstetrícia. 6^a edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1991 p.640-50.
5. Narahara H, Johnston JM. Smoking and preterm labor: effect of a cigarette smoke extract on the secretion of platelet-activating factor-acetylhydrolase by human decidual macrophages. Am J Obstet Gynecol 1993;169(5):1321-6.
6. Gilstrap LC, Christensen R, Clewell WH, D'Alton ME, Davidson EC, Escobedo MB, et al. Effect of corticosteroids for fetal maturation on perinatal outcomes. JAMA 1995;273(5):413-8.

7. Souza E, Santos JFK, Bancher MDM, Bertini AM, Camano L. Considerações sobre a prematuridade eletiva na Universidade Federal de São Paulo Escola Paulista de Medicina. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1995;17(6):583-9.
8. Sass N, Catelan Filho M, Alves AS, Torloni MR, Melo B, Ferreira JRG. Prematuridade: aspectos obstétricos e perinatais. *Boletim da Comissão Nacional de Hipertensão na Gravidez* 1997;4(3):8-11.
9. Lumley J. The epidemiology of preterm birth. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1993;7(3):477-98.
10. Kappy KA, Mctigue M, Guzman ER. Ruptura Prematura das Membranas. In: Knuppel RA, Drukker JE editores, *Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar*. 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1993 p.311-21.
11. Katz M. On the cause of preterm labor and birth. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(6):1658-9.
12. Crowley PA. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomizes trials, 1972 to 1994. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(1): 322-35.
13. Bertini AM, Taborda W. Prematuridade via e método do parto e morbidade correlata. *Femina* 1997;25(7):655-57.
14. Santos JFK, Souza E, Bertini AM, Camano L. As decisões obstétricas críticas na prematuridade extrema: quais são e quem está envolvido. *Femina* 1995;23(6):505-14.

15. Piper JM, Langer O. Does maternal diabetes delay fetal pulmonary maturity?
Am J Obstet Gynecol 1993;168(3):783-6.
16. Hobel CJ, Ross MG, Bernis RL, Bragonier JR, Nessim S, Sandhu M, et al.
The West Los Angeles preterm birth prevention project. Am J Obstet Gynecol
1994;170(1):54-62.
17. Bardy AH, Seppälä T, Lillsunde P, Kataja JM, Koskela P, Pikkarainen J, et al.
Objectively measured tobacco exposure during pregnancy: neonatal effects and
relation to maternal smoking. Br J Obstet Gynecol 1993;100(8):721-6.
18. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Atlas comentado de medicina fetal. 1ª
edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996 p.75-8.
19. Maia Filho NL, Mathias L. Corticóide antenatal. GO Atual 1996;V(10):62-3.
20. Gardner MO, Papile LA, Wright LL. Antenatal corticosteroids in pregnancies
complicated by preterm premature rupture of membranes. Obstet Gynecol
1997;90(5):851-3.
21. Bertini AM, Taborda W. Influência das gestações de alto risco sobre a
maturidade pulmonar fetal. Femina 1997;25(9):809-14.
22. Maher JE, Cliver SP, Goldenberg RL, Davis RO, Copper RL. The effect of
corticosteroid therapy in the very premature infant. Am J Obstet Gynecol
1994;170(3):869-73.

23. Ballard PL, Ballard RA. Scientific basis and therapeutic regimens for use of antenatal glucocorticoids. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(1):254-62.
24. Alexandre SM, Nardoza LMM, Barbosa MM, Souza E, Camano L. Indicações da aceleração intra-uterina da maturidade pulmonar. *Femina* 1997;25(10):915-19.
25. Wigton TR, Tamura RK, Wickstrom E, Atkins V, Deddish R, Socol ML. Neonatal morbidity after preterm delivery in the presence of documented lung maturity. *Am J Obstet Gynecol* 1993;169(4):951-5.
26. Myers ER, Alvarez JG, Richardson DK, Ludmir J. Cost-effectiveness of fetal lung maturity testing in preterm labor. *Obstet Gynecol* 1997;90(5): 824-9.
27. Salafia CM, Pezzullo JC, Lopez Zeno JÁ, Simmens S, Minior VK, Vintzileos AM. Placental pathologic features of preterm preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1995;173(4):1097-105.

RESUMO

A prematuridade é considerada como a principal causa de mortalidade perinatal. Considera-se nascimento pré-termo aquele antes de 37 semanas completas de gestação ou 259 dias desde o primeiro dia da última menstruação. Objetivou-se observar a incidência de prematuros, os principais fatores correlacionados, a principal via de parto e suas indicações e as principais complicações perinatais correlacionando-as com a idade gestacional e uso ou não de corticoterapia materna.

Realizou-se um estudo retrospectivo clínico e transversal. A população em estudo é composta por mães e recém-nascidos prematuros. Foram considerados prematuros os recém-nascidos com idade gestacional maior que 22 e menor que 37 semanas. Foram excluídos da amostra os partos ocorridos fora do Hospital Universitário Dr. Polydoro Ernani de São Thiago, as gestações gemelares, e os recém-nascidos que apresentavam discordância da idade gestacional entre o Método de Capurro e data da última menstruação e/ou ultra-sonografia obstétrica do 1º ou 2º trimestre.

Dentre as 161 pacientes, observou-se maior porcentagem de prematuridade em: primíparas (40,4%), entre a idade de 20 e 29 anos (46,0%) considerando-se a faixa etária reprodutiva, idade gestacional de 34 a 36 semanas e 6 dias (61,5%) e 57,1% das pacientes não fizeram pré-natal. O trabalho de parto prematuro espontâneo e a amniorrexe prematura causaram a maioria da prematuridade (72,9%). Não houve discrepância entre as vias de parto, com exceção da idade gestacional entre 30 e 31 semanas e 6 dias onde houve o dobro de cesáreas em relação ao parto vaginal. A Hipertensão arterial crônica isolada e/ou super ajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez foi a maior

indicação de cesárea com 23,2%. O sofrimento fetal agudo teve incidência maior nos Trabalhos de parto prematuros espontâneos (58%) e 45,3% dos recém-nascidos apresentou baixo peso ao nascimento. Dentre as principais complicações destacaram-se a icterícia e a hipoglicemia, sendo que a Doença da Membrana Hialina foi mais incidente nas mães que não usaram corticoterapia abaixo de 34 semanas. O tempo de internação estava diretamente correlacionado com a idade gestacional, em média permanecendo entre 5 a 14 dias.

Concluiu-se que na amostra a ausência de assistência pré-natal parece ser o principal fator correlacionado com a prematuridade. A via de parto foi semelhante, tendo a Hipertensão arterial crônica isolada e/ou super ajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez a principal indicação de cesárea. Houve maior incidência de complicações perinatais em recém-nascidos de mães não usuárias de corticoterapia. O maior número de consultas e menor intervalo entre elas seria uma proposta para reduzir a incidência de prematuridade.

SUMMARY

The prematurity is considered the principal cause of perinatal mortality. Pre-term delivery is considered this one occurred before 37 completed weeks of gestation or fewer than 259 days since the first day of the last menstrual period. We observed the incidence of prematurity, the main correlated factors, way of delivery and its indications and the principal perinatal complications checking with gestational age and use or not of the maternal corticotherapy.

It was realized an retrospective clinic and transversal study. The population is composed by mothers and premature new borns. It was considered prematures the infants borns with gestational age between 22 and 37 weeks. Was excluded the delivery occurred out of Doctor Polydoro Ernani de São Thiago University Hospital, multiple births, the new borns that presented discrepancy between gestational age of Capurro Method and date of last menstrual period and/or ultrasonographic of first or second trimester.

Between 161 patients, it was observed higher incidence of prematurity at primiparity (40,4%), between 20 and 29 years old (46,0%) considered reproductive age, gestational age between 34 weeks and 36 weeks and 6 days (61,5%) and 57,1% of the mothers didn't take antenatal care. It didn't observed difference between the way of delivery, excepted between 30 and 31 weeks and 6 days in what occurred twice rate of abdominal surgery. The main indication of cesarea was pre-eclampsia and/or eclampsia (23,2%). The acute fetal asphyxia had major incidence at spontaneous preterm birth (51,5%) and 45,3% of the premature new borns presented low weight. Between the main complications it was observed ictericia and hypoglycemic, Neonatal respiratory distress syndrome

was observed in new borns of mothers that didn't used antenatal corticosteroid therapy above 34 weeks. The time of hospitalization was directly relationated with gestational age, mildly between 5 and 14 days.

It was concluded that the ausence of antenatal care is the main fator relacionated with prematurity. The way of delivery is similar, the pre-eclampsia and/or eclampsia the main cause of abdominal surgery. The major incidence of complications occured at mothers who didn't used antenatal corticosteroid therapy. A good antenatal care and higher number of visits at the doctors could be a propouse to reduce the incidence of prematurity.

APÊNDICE

Nº Pront. _____

Idade: _____ Estado civil: () casada/união estável () solteira

Raça: () branca () preta () amarela

Fumante () não () sim ≥ 10 cig/dia

G _____ P _____ A _____ Nº Cesárias _____ Indicação: _____

Pré-natal: nº consultas () ≤ 4 () > 4 () não realizou

IG (DUM): _____

IG (1º USG): _____ data 1º USG: _____

Diagnóstico da Internação: _____

Uso corticóide: () sim () não

Quantos dias antes do parto: _____

Hg: () Normal () Anemia ($< 10,5$ g Hb)

EPU () Normal () Alterado () Não fez

UROCULTURA: () Normal () Alterada > 100.000 col/ml (+) () Não fez

Parto: IG (DUM _____ e USG _____)

() PN () Cesária Indicação:

- () HAS
- () Comprometimento vitalidade
- () DPP
- () Oligodramnio
- () Placenta prévia
- () Iterativa
- () Apresentação anômala
- () Outros

Dados RN Sexo () F () M Gemelaridade () PIG () AIG () GIG ()

Capurro _____ Apgar 1º _____ 5º _____

Peso (gr): _____

Complicações () óbito () Anóxia () Desconforto respiratório () Icterícia neonatal () Infecção () Hipoglic. () DMH () Seps

Outras: _____ Tempo internação: _____

NORMAS ADOTADAS

As normas para digitação do trabalho seguem a resolução nº 001/97 do Colegiado do Curso de Graduação em Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina.

As referências bibliográficas seguem o Estilo de Vancouver, conforme a 5ª edição dos “Requisitos Uniformes para Originais submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, com algumas adaptações.

PREMATURIDADE: ASPECTOS OBSTÉTRICOS E PERINATAIS NO PERÍODO DE 1^o DE JANEIRO DE 1996 A 30 DE JUNHO DE 1997 NA MATERNIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO Dr. POLYDORO ERNANI DE SÃO THIAGO

Taciana Ignácio, Eliane Moura - Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC
Av. Des. Vitor Lima, 44 Bl.CII Apt^o.203 Fpolis SC F: 2348370

INTRODUÇÃO: A prematuridade é considerada como a principal causa de mortalidade perinatal. Considera-se nascimento pré-termo como sendo aquele antes de 37 semanas completas de gestação ou 259 dias desde o primeiro dia da última menstruação. Objetivou-se observar a incidência de prematuros, os principais fatores correlacionados, a principal via de parto e suas indicações e as principais complicações perinatais correlacionando-as com a idade gestacional (IG) e uso ou não de corticoterapia materna.

MÉTODO: Realizou-se um estudo retrospectivo clínico e transversal. A população em estudo é composta por mães e recém-nascidos (RN) prematuros. Foram considerados prematuros os RN com IG maior que 22 e menor que 37 semanas. Foram excluídos da amostra os partos ocorridos fora do Hospital Universitário, as gestações gemelares, e os RN que apresentavam discordância da IG entre o Método de Capurro e data da última menstruação e/ou ultra-sonografia obstétrica do 1^o ou 2^o trimestre.

RESULTADOS: Dentre as 161 pacientes, observou-se maior porcentagem de prematuridade em: primíparas (40,4%), entre a idade de 20 e 29 anos (46,0%) considerando-se a faixa etária reprodutiva, idade gestacional de 34 a 36 semanas e 6 dias (61,5%) e 57,1% das pacientes não fizeram pré-natal. Não houve discrepância entre as vias de parto, com exceção da idade gestacional entre 30 e 31 semanas e 6 dias onde houve o dobro de cesáreas em relação ao parto vaginal. A Hipertensão arterial crônica isolada e/ou super ajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez foi a maior indicação de cesárea com 23,2%. O sofrimento fetal agudo teve incidência maior nos Trabalhos de parto prematuros espontâneos (58%) e 45,3% dos RN apresentou baixo peso ao nascimento. Dentre as principais complicações destacaram-se a icterícia e a hipoglicemia, sendo que a Doença da Membrana Hialina foi mais incidente nas mães que não usaram corticoterapia abaixo de 34 semanas. O tempo de internação estava diretamente correlacionado com a idade gestacional, em média permanecendo entre 5 a 14 dias.

CONCLUSÕES: Na amostra a ausência de assistência pré-natal parece ser o principal fator correlacionado com a prematuridade. A via de parto foi semelhante, tendo a Hipertensão arterial crônica isolada e/ou super ajuntada a Doença Hipertensiva Específica da Gravidez a principal indicação de cesárea. O maior número de consultas e menor intervalo entre elas seria uma proposta para reduzir a incidência da prematuridade.

**TCC
UFSC
TO
0132**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC TO 0132

Autor: Ignácio, Taciana

Título: Prematuridade : aspectos obstét



972803641

Ac. 254267

Ex.1 UFSC BSCCSM